FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE N° 202

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri LEDUC

Né à Pont-de-l'Arche, le 16 janvier 1905

Nouvelle Contribution à l'Étude des Pleurésies contro-latérales au cours du Pneumothorax artificiel

Président : M. BEZANÇON, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

702

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri LEDUC

Né à Pont-de-l'Arche, le 16 janvier 1905

Nouvelle Contribution à l'Étude des Pleurésies contro-latérales au cours du Pneumothorax artificiel

Président : M. BEZANÇON, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—

1930

DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ . . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentle
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEX

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE. . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émi dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR LÉON LEDUC

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DIRECTEUR
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS DE
L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN

M. le Professeur A. CERNÉ, professeur de clinique chirurgicale, chirurgien des Hôpitaux.

M. le Docteur HALIPRÉ, médecin des Hôpitaux, directeur de l'École de Médecine.

M. le Docteur P. DEROCQUE, chirurgien des Hôpitaux.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. le Professeur TEISSIER.

M. le Professeur A. GUILLAIN.

M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Docteur HUDELO.

En témoignage de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'ils nous ont toujours porté et pour l'enseignement qu'ils nous ont donné, avec l'hommage de toute notre gratitude.

A M. LE Dr MADELEINE

A M. LE Dr LE GUELINEL DE LIGNEROLLES

Médecins directeurs des Sanatoriums d'Oissel

Nous avons eu l'honneur d'être leur interne.

Nous les prions d'accepter nos biens vifs remerciements pour les conseils éclairés qu'ils nous ont prodigués et pour la bienveillante sympathie dont ils nous ont entouré.

A M. le Professeur LEURET.

A M. le Docteur SECOUSSE.

A M. le Docteur PIECHAUD.

A M. le Docteur DAVRINCHE

A M. le Docteur D'HOUR.

A M. le Docteur BERNOU.

A M. le Docteur HINAULT.

Avec nos plus sincères remerciements pour les documents qu'ils ont bien voulu nous fournir.

A M. le Professeur BEZANÇON

Professeur de Clinique médicale à la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

En témoignage de reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

Nouvelle Contribution à l'Étude des Pleurésies contro-latérales

au cours du Pneumothorax artificiel

HISTORIQUE

Avant 1920 il n'a été rapporté aucun cas de pleurésie contro-latérale.

Les auteurs qui en ont publié depuis des observations notent que jamais cette complication n'a été constatée par Forlanini, ni par ses élèves, malgré le nombre croissant de malades traités par le pneumothorax artificiel.

C'est en 1920 qu'Als, le premier signale un cas de pleurésie contro-latérale au cours du pneumothorax. Fishberg en rapporte un 2e cas. Sussdorf et Zemmin, chacun un cas.

En 1921, de Reynier et Rossel en publient deux cas et Stivelman a l'occasion d'en observer un autre.

En 1922, Spengler en publie 5 cas, L. Peters 2.

En 1923, Lindig en voit un.

En 1924, Russo en observe 2 cas et estime qu'il faut suspendre immédiatement le pneumothorax, cause déterminante de cet épanchement, qui est de nature tuberculeuse.

Verdina constate chez un malade porteur d'un pneumo droit un épanchement contro-latéral accompagné d'un épanchement péricardique.

Capuciani en rapporte 2 cas au cours de pneumos dont la pression était élevée aux environs de + 25. Il émet l'hypothèse que l'épanchement est d'origine mécanique.

En 1925 Beggiato, Pisoni et Andrew Peters en observent 5 cas. Pour ce dernier, la pleurésie traduit l'évolution d'un foyer tuberculeux et il convient d'évacuer l'épanchement d'urgence.

En 1926, Mlle Huguet dans sa thèse apporte 4 observations inédites de Bezançon, Azoulay et Chabaud, de Dumarest et Brette, de Dumarest et Philip, de Philip et Brette.

En 1927, Duc présente dans sa thèse une contribution à l'étude des pleurésies contro-latérales et publie 2 cas inédits de Roubier, 1 du Professeur Courmont et 2 du médecin principal Jullien.

Le 8 décembre 1928, Hinault présente à la Section d'études scientifiques de l'œuvre de la tuberculose 5 cas qu'il a observés depuis 1924.

Nous-mêmes avons eu l'occasion de voir et de publier au Sanatorium d'Oissel, avec le Dr de Lignerolles, deux cas semblables.

Nous apportons 8 observations inédites de Leuret et Secousse (de Bordeaux), Piéchaud (de Bordeaux), Bernou (de Châteaubriant), d'Hour (de Lille), Davrinche (d'Yerres) et Hinault (de Paris).

PREMIÈRE PARTIE

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée)

(Als, *in* thèse Mlle Huguet.)

L. F..., 23 ans.

Pneumo droit, sans hautes pressions, pour tuberculose grave du poumon droit, cliniquement et radiologiquement unilatérale.

Cinq mois après, hydropneumothorax abondant et 4 mois plus tard apparition d'une pleurésie controlatérale. On retire par ponction 200 cmc. de liquide citrin.

Amélioration rapide. Reprise prudente des insufflations à droite. Pronostic non aggravé.

OBSERVATION II (résumée)

(Fishberg, *in* thèse Mlle Huguet.)

Mme B. K..., 26 ans, ménagère.

Pneumo droit pour tuberculose cavitaire ; légère infiltration apicale gauche.

Trois mois après hydropneumothorax occupant le 1/3 de la cavité.

Un mois plus tard, pleurésie contro-latérale. Deux ponctions de 200 cmc. de liquide citrin. Autosérothérapie. Guérison.

Mais après résorption de l'épanchement droit, des adhérences rendent les insufflations impossibles.

OBSERVATION III

(Stivelman, *American Journal of the Medical Science.*)

Mme O. F..., 36 ans, ménagère.

Pneumo droit pour tuberculose fibro-caséeuse prédominant à droite.

Six semaines après, hydropneumothorax résorbé en trois semaines.

Deux mois plus tard, pleurésie controlatérale jamais ponctionnée et résorbée rapidement.

Les insufflations ont été continuées prudemment à droite.

Pronostic non aggravé.

OBSERVATION IV

(De Reynier et Rossel, in *Revue de la Suisse romande.*)

Mme Ch..., 21 ans.

Pneumo gauche pour tuberculose fibro-caséeuse. Le poumon droit paraît sain.

Au bout de cinq semaines, hydropneumothorax abondant ponctionné deux fois.

Six mois après, pleurésie controlatérale. Ponction exploratrice, liquide clair, séro-fibrineux ne contenant que des lymphocytes et se résorbant assez rapidement, permettant d'entretenir le pneumo gauche.

OBSERVATION V

(De Reynier et Rossel, in *Revue de la Suisse romande.*)

Mlle R..., 18 ans.

Pneumo droit pour lésions fibro-caséeuses de la majorité du poumon droit ; le côté gauche paraît sain.

Au moment des règles, pleurésie controlatérale à liquide ambré contenant surtout des lymphocytes. Autosérothérapie.

Puis deux ponctions évacuatrices de 900 cmc. amènent une amélioration rapide.

La pleurésie a complètement disparu quand apparaît un épanchement dans la cavité du pneumo.

Conservation d'un état général satisfaisant.

OBSERVATION VI (résumée)

(Bezançon, Azoulay et Chabaud, *in* thèse Mlle Huguet.)

Mlle X..., 35 ans. Dactylo.

Pneumo gauche pour tuberculose fibro-caséeuse gauche, cliniquement unilatérale.

Quinze jours plus tard, pleurésie controlatérale atteignant la pointe de l'omoplate, se résorbant en 15 jours.

Reprise des insufflations : pas d'hydropneumothorax.

Mort subite par inhibition pleurale.

Autopsie, du côté droit, au niveau de la plèvre viscérale : granulations grisâtres, disposées en corymbe, au niveau du sommet et des lobes supérieur et moyen. Rien au parenchyme pulmonaire.

OBSERVATION VII (résumée)

(Dumarest et Brette, *in* thèse Mlle Huguet.

B. P..., 20 ans, étudiant en médecine.

Pneumo gauche pour infiltration tuberculeuse discrète des lobes supérieurs à prédominance gauche.

Trois mois après, pleurésie controlatérale à liquide hémorragique. Pour lutter contre l'essoufflement on a décomprimé à — 7 dès constatation de la pleurésie.

Pas de ponction évacuatrice étant donné le peu d'intensité des signes fonctionnels.

Les insufflations suspendues pendant la période aiguë de la maladie sont reprises après cinq semaines. Ultérieurement apparition d'une goutte de liquide du côté du pneumo.

Par la suite amélioration constante.

OBSERVATION VIII (résumée)

(Dumarest et Philip, *in* thèse Mlle Huguet.)

P. G..., 31 ans.

Pneumo droit pour infiltration pneumonique caséeuse de la totalité du poumon droit.

Très grande amélioration. Trois semaines plus tard, hydropneumothorax sans grosse réaction.

Trois mois après, pleurésie controlatérale avec état asphyxique grave nécessitant une ponction de l'hydropneumothorax (400 cmc.), une décompression du même côté et une ponction de 1.000 cmc. de la pleurésie.

Par la suite, état général en voie d'amélioration lente.

OBSERVATION IX (résumée)

(Philip et Brette, *in* thèse Mlle Huguet.)

K. J..., 30 ans.

Pneumo droit pour tuberculose fibro-caséeuse du lobe supérieur droit, consécutive à une pleurésie à grand épanchement (6 ponctions de 400 à 1.000 cmc.).

Trois mois après le début du pneumo, pleurésie controlatérale nécessitant trois ponctions de 600, 500 et 300 cmc.

Guérison complète de la pleurésie, intégrité consécutive du poumon. Reprise prudente du pneumo.

OBSERVATION X (résumée)

(Médecin principal Jullien.)

Ch. P... 26 ans.

Le malade entre à l'hôpital le 15 février 1927 porteur d'un pneumo gauche et d'un épanchement droit. Evolution bilatérale des lésions tuberculeuses. Décès le 30 juin 1927.

OBSERVATION XI (résumée)

(Médecin principal Jullien.)

Ch. J... 23 ans.

Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse du lobe supérieur droit traitée par le pneumo artificiel. Apparition au bout de 6 mois de traitement d'une pleurésie contro-latérale gauche à épanchement citrin occupant les 2/3 inférieurs du poumon avec évolution tuberculeuse dans le poumon gauche Décès 8 mois après la création du pneumo.

OBSERVATION XII (résumée)

(Professeur Courmont, *Journal de Médecine de Lyon*.

P. B... 43 ans, facteur des postes.

Tuberculose bronchopneumonique droite très grave, traitée par le pneumo.

Grosse amélioration, puis au bout de 3 mois, apparaissent des signes de congestion pulmonaire du côté gauche avec épanchement. Le mois suivant, syndrome méningé rapidement mortel.

OBSERVATION XIII (résumée

(Roubier, *in* thèse Duc.)

Mme M... 29 ans. Couturière.

Le pneumo droit créé le 10 mai 1927 pour tuberculose fibro-caséeuse du lobe supérieur droit, devient rapidement total

et son entretien ne donne d'abord lieu à aucun incident.

Vers le 10 juin, le malade se plaint d'un point de côté à la base opposée, apparu à la suite d'une insufflation et s'accompagnant d'une élévation thermique à 40°. Tout d'abord l'auscultation reste négative à cet endroit. Ce n'est qu'un mois plus tard, vers le début de juillet que, le point de côté contro-latéral persistant aussi intense, on constate à cette base opposée un foyer de râles sous-crépitants fins inspiratoires, puis peu après des signes d'épanchement. Du 17 au 19 juillet ces signes augmentent, le liquide remplit les 2/3 inférieurs de l'hémithorax gauche, la fièvre est élevée (39° à 40°) la dyspnée très vive. Une thoracentèse évacuatrice (800 cmc. de liquide hémorragique, avec lymphocytose prédominante) soulage la malade. L'inoculation au cobaye est négative. Le pneumo droit est interrompu quelque temps.

Ultérieurement le liquide diminue peu à peu, la fièvre tombe, et on perçoit pendant longtemps encore à cette base gauche des râles fins inspiratoires et des frottements pleuraux. Les injections d'Azote à droite sont reprises progressivement.

Vers le début de septembre, alors que la pleurésie gauche est en voie de disparition, on constate l'apparition d'un épanchement à droite dans la cavité du pneumo, qui présente les caractères et la symptomatologie habituelle des pleurésies du pneumotorax artificiel.

Quant à l'épanchement controlatéral il a complètement disparu. En octobre 1927, l'état de la malade est tout à fait satisfaisant et il n'existe aucun signe d'atteinte tuberculeuse manifeste du poumon gauche.

OBSERVATION XIV (résumée)

(Roubier, *in* thèse Duc.)

St. R... Employé, 20 ans.

Le pneumo droit créé le 26 mai 1924 pour tuberculose fibro-caséeuse du sommet droit ne donne tout d'abord lieu à aucun incident, il n'est que partiel, le sommet est adhérent.

Le 21 juillet 1924, début de la pleurésie contro-latérale, point de côté gauche, dyspnée, fièvre à 40°. On constate tout d'abord un foyer de râles sous-crépitants à la base gauche et quelques frottements pleuraux, puis quelques jours plus tard des signes d'épanchement d'abondance moyenne. Cet épanchement n'a pas été suffisamment abondant pour nécessiter la thoracentèse, mais pendant toute sa durée, soit près d'un mois, le pneumo a été interrompu.

Vers la fin d'août 1924 les signes de pleurésie gauche ont complètement disparus. Le pneumo droit est repris et régulièrement entretenu. Le 7 janvier 1925 on constate pour la première fois des signes liquidiens à droite. L'épanchement d'abondance moyenne s'est constitué à bas bruit sans signes fonctionnels bien accusés. Il se résorbe spontanément au bout de quelques mois en même temps que des adhérences se forment et progressent à droite. L'état général est satisfaisant.

Au mois d'août 1925 apparition de signes d'infiltration du sommet opposé (gauche) peu accusés et intermittents.

Vers novembre 1925, nombreux craquements au sommet

gauche. En décembre 1925 plusieurs tentatives du pneumo gauche sans résultat. Il y a des adhérences, séquelle de la pleurésie datant d'un an.

L'état général fléchit et devient mauvais. Les lésions évoluent à gauche. Le malade cachectique meurt le 14 juillet 1927.

OBSERVATION XV (résumée)

(Hinault, in *Revue de la Tuberculose.*)

P. J... entré à Bligny le 15 avril 1924 pour tuberculose évolutive du lobe supérieur droit. Fièvre depuis 3 mois. Pneumo créé le 17 avril se poursuit sans incidents jusqu'au 8 mai 1924. Point de côté à la base gauche. Frissons. Température 40°. Pleurésie séro-fibrineuse gauche.

16 mai ponction évacuatrice de 500 cmc. 23 mai, ponction évacuatrice de 750 cmc. 23 juin, régression de la pleurésie, la base s'éclaire mieux. Température normale. 9 juillet, température 37°8. Apparition de liquide à droite (côte du pneumo.) 21 juillet, température 39°. Liquide au niveau du mamelon droit. 28 juillet, décompression. 2 août. Température 37°5. 26 août, ponction de 850 cmc. de liquide séro-fibrineux à droite (côté pneumo). 5 novembre, nouvelle ponction de 500 cmc., cul-de-sac en voie d'oblitération. A l'aide de pressions très élevées on a pu maintenir un collapus suffisant malgré la symphyse ascendante jusqu'en janvier 1926. De cette date jusqu'au mois de mars 1927 on a entretenu une petite bulle au sommet puis le pneumothorax a été abandonné.

Nous revoyons actuellement (1930) ce malade tous les 3

mois. L'état général et l'état local se maintiennent excellents malgré un travail pénible.

OBSERVATION XVI (résumée)

(Hinault, in *Revue de la Tuberculose*.)

S. C... 33 ans. Entré à Bligny le 14 septembre 1926 porteur d'un pneumo gauche datant du 14 février ; incomplet, adhérent dans les parties supérieures. Localisation fibro caséeuse en évolution à droite. Température 38°-38°5 Expectoration bacillifère. Etat général médiocre.

20 octobre, pleurésie séro-fibrineuse droite avec les symptômes habituels d'un épanchement moyen. 3 novembre, liquide à gauche un peu au-dessus du diaphragme. 19 novembre, pleurésie droite en voie de régression. 5 décembre, ponctions exploratrices droites restent négatives. L'état général s'améliore mais l'expectoration est toujours bacillifère et la température à 37°8-38°2

Le malade est perdu de vue depuis sa sortie du sanatorium le 10 janvier 1927.

OBSERVATION XVII (résumée)

(Hinault, in *Revue de la tuberculose*.)

A. C... entré à Bligny le 14 avril 1925 pour tuberculose fibro-caséeuse droite, foyers de ramollissement étendus aux 2/3 supérieurs du poumon. Température 37°5-38°5. Expectoration constamment positive. Pneumo créé le 7 mai 1925. Le 13 juin on entend toujours au sommet en arrière, quel-

ques gros râles humides correspondant à la partie du poumon adhérente.

Le 18 août, point douloureux à la base gauche, dyspnée. Température 39°. Pleurésie séro-fibrineuse. 28 août, ponction de 800 cmc. puis résorption du liquide qui a tout à fait disparu au début de novembre, laissant une expiration prolongée dans toute la hauteur du poumon gauche et à la base une expiration soufflante avec quelques râles suspects paraissant bien parenchymateux.

Un cliché fait quelques jours après nous montre des petites taches floconneuses disséminées dans tout le poumon.

Le 19 février liquide à droite avec fièvre. Depuis lors l'expectoration a toujours été bacillifère, la température oscille autour de 38° et l'évolution se poursuit dans le poumon gauche.

Nous apprenons son décès quelques mois après.

OBSERVATION XVIII (résumée)

(Hinault, in *Revue de la Tuberculose.*)

C. H... 31 ans. Entre à Bligny le 5 août 1924 pour tuberculose ulcéro-caséeuse étendue à tout le poumon gauche, excavée dans les parties supérieures. Température 37°-37°8. Expectoration positive. 10 octobre, hémoptysies répétées et abondantes.

Pneumo créé le 15 octobre, bon décollement, une seule bride apparente retient le moignon au sommet du dôme pleural. Poursuivi sans incident jusqu'au 5 décembre. Douleur vive à gauche. Température 40°, dyspnée Perforation

pulmonaire, nécessitant par la suite des décompressions fréquentes, puis une aiguille à demeure, enfin des ponctions évacuatrices d'un liquide purulent extrêmement épais se reformant rapidement.

En février le malade se plaint de douleurs sous le sein droit, on entend à la base droite des signes de pleuro-corticalite et au sommet des râles humides. Jusqu'en août état à peu près stationnaire. Le 10 août pleurésie séro-fibrineuse droite avec symptômes classiques. 25 août, dyspnée plus vive, ponction évacuatrice à droite. Le 1er octobre abcès de la paroi à gauche. 7 novembre, méningite. Décès survenu le 19 novembre 1925.

OBSERVATION XIX (résumée)

(Hinault, in *Revue de la tuberculose.*)

C... A..., 29 ans, entré à Bligny le 28 février 1927 pour tuberculose ulcéro-caséeuse évolutive du lobe supérieur droit. Température 37°8-39°. Pneumo crée le 6 mars 1927. Décollement incomplet, médiastin très mobile. 8 avril, apparition du liquide à droite nécessitant ponction et décompression.

Au début de juin, on entend à la base gauche quelques râles suspects ne donnant pas d'image radiologique nette de localisation parenchymateuse. 20 juin, pleurésie gauche de volume moyen. 17 juillet, perforation pulmonaire. Température 39°. Très mauvais état général. Le malade se cachectise. Décès survenu le 30 septembre.

OBSERVATION XX

(Andrew Peters, *American Review of Tuberculosis.*)

Mme X.... 44 ans. Femme de ménage. Entre au Loomis Sanatorium le 22 juin 1921. Hémoptysies cinq mois avant, suivies de fièvre. Plus tard, points de côté à gauche, sueurs nocturnes, toux fréquente. Un « spécialiste » la traite par la tuberculine et des autovaccins. La dyspnée augmente et en mai 1921 nouvelle hémoptysie avec expectoration bacillifère. Signes de tuberculose évolutive du poumon gauche avec cavité du sommet et infiltration périhilaire droite.

La radio montre une infiltration dense à gauche avec cavités multiples du lobe supérieur et rétraction du diaphragme.

Deux mois de repos au lit n'amènent aucune amélioration. La température atteint 39°4.

Un pneumo gauche est créé le 12 août 1921. Amélioration marquée des symptômes avec chute de la température le 21 août. A la suite d'une réinsufflation de 450 cmc., réaction fébrile 40°2. Le 2 septembre, la radio montre une extension marquée au poumon droit à point de départ hilaire. Des râles humides apparaissent à droite et plus tard de la matité à la base avec diminution du murmure vésiculaire et frottements pleuraux sur la ligne axillaire. En août 1922, la radio montre une obscurité de la base droite avec rétraction et fixité du diaphragme. Les bruits parenchymateux ont régressé.

Cependant le pneumo est entretenu avec prudence par de

petites insufflations à basse pression. La malade est apyrétique et se sent beaucoup mieux. L'expectoration est négative.

La malade est revue en juillet 1923 avec un pneumo partiel.

L'analyse montre quelques rares B. K. dans les crachats. L'état général est assez satisfaisant.

OBSERVATION XXI

(Andrew Peters, *American Review of Tuberculosis.*)

A. X..., 18 ans. Etudiant.

Entre au Loomis Sanatorium le 23 mai 1923 pour une tuberculose ulcéro-caséeuse du poumon droit plus marquée au sommet.

Infiltration discrète périhilaire gauche. A la radio, spelonques du sommet droit.

Un mois de repos complet n'amène aucune amélioration et un pneumo est institué le 26 juin 1923. Les cavités apicales ne peuvent être comprimées, le médiastin se déplaçant facilement.

Les symptômes s'amendent peu et un hydropneumothorax qui augmente rapidement nécessite plusieurs ponctions.

La fièvre se maintient autour de 38°5.

En novembre 1923 le malade ressent des points de côté à gauche et de la dyspnée apparaît, croissant rapidement. Le 27 novembre, l'examen montre une matité remontant jusqu'au 4e espace gauche en avant et à la pointe de l'omoplate en arrière, avec diminution du murmure vésiculaire et frot-

tements pleuraux discrets. On retire 350 cmc. et plus tard 650 cmc. de liquide séro-fibrineux avec réinsufflation de 250 cmc. d'air.

On continue ces ponctions suivies de réinsufflation jusqu'au 5 janvier 1924. Des adhérences se forment bientôt rendant toute insufflation impossible. On abandonne également le pneumo droit. Le malade va de plus en plus mal et succombe le 14 mars 1924 avec des symptômes asphyxiques marqués et des signes de péricardite.

OBSERVATION XXII

(Andrew Peters, *American Review of Tuberculosis.*)

B. Z..., 30 ans. Entré au Loomis Sanatorium le 16 janvier 1922 pour tuberculose ulcéro-caséeuse, surtout marquée au sommet droit. Petits signes discutables à la partie supérieure du sommet gauche.

A la radio, infiltration dense à forme bronchopneumonique avec spélonque sous claviculaire et épaississement pleural.

Infiltration modérée du lobe moyen. Quelques petits nodules calcifiés derrière la 4e côte à gauche.

Une laryngite tuberculeuse sans ulcération complique ce cas.

Après deux mois d'observation, devant la température persistante, l'augmentation des signes stéthacoustiques, la déchéance de l'état général, on institue un pneumo droit malgré la présence d'une légère infiltration parenchymateuse du lobe supérieur gauche.

Amélioration légère malgré un collapsus incomplet.

En septembre un hydro-pneumothorax se développe avec réaction fébrile passagère et se résorbe assez rapidement.

En novembre 1922, le malade est apyrétique et est transporté à la campagne.

Il rentre à l'hôpital en décembre. De nouvelles radios montrent une infiltration marquée à gauche, à point de départ hilaire, en même temps que l'augmentation progressive de la caverne du sommet droit, insuffisamment collabée.

Le 6 février 1923, le liquide réapparaît à droite, occasionnant un déplacement accentué du médiastin et de la dyspnée.

En même temps on note de la matité à la base gauche, avec diminution du murmure vésiculaire ; la dyspnée augmente, si bien que le 12 février on retire 300 cmc. d'air à droite.

Le 3 mars on retire 200 cmc. de liquide citrin à gauche et 475 cmc. à droite. Trois nouvelles ponctions furent faites à droite jusqu'au 24 mars.

Fait remarquable le liquide retiré des deux plèvres a tuberculisé le cobaye.

Quelques temps après le pneumo fut interrompu à droite.

Cependant la température tombait lentement, et l'état général s'améliorait de façon notable. Mais des hémoptysies accompagnées de toux persistante, d'expectoration abondante et de fièvre intermittente firent qu'on décida une thoracoplastie droite en tenant compte de ce que les lésions pleurales gauches semblaient rétrocéder.

A la suite de cette opération le malade retourne à la campagne et conserve depuis un état satisfaisant.

OBSERVATION XXIII (inédite)

(Davrinche, Sanatorium de Yerres).

K. R..., 23 ans. Entre à Yerres le 17 mars 1926 porteur 1° d'un pneumothorax artificiel gauche datant de 1925 avec présence de liquide remontant à quatre travers de doigts au-dessus du mamelon.

2° de lésions fibro-caséeuses droites de début récent, localisées au niveau du lobe supérieur.

Le 7 août 1926 on ponctionne l'hydro-pneumothorax (425 cmc. de liquide séro-fibrineux).

Après assèchement complet de la plèvre on se rend compte qu'il existe de ce côté un collapsus pulmonaire total. Le poumon gauche est en effet littéralement aplati tout le long de l'ombre cardio-aortique.

Le 19 avril le malade présente subitement un point de côté à droite ; sa température s'élève à 39° et pendant les jours qui suivent, on assiste à l'évolution d'une pleurésie séro-fibrineuse droite.

En raison du collapsus gauche total, la dyspnée ne tarde pas à devenir inquiétante.

Le 29 avril on retire de la plèvre droite 650 cmc. de liquide séro-fibrineux, ce qui apporte au malade un soulagement momentané.

Mais le 2 mai une nouvelle thoracentèse est devenue nécessaire : on évacue cette foie 500 cmc. de liquide et à partir de ce moment la dyspnée va progressivement en s'atténuant.

Radiologiquement l'ombre caractéristique de la pleurésie s'efface petit à petit. Elle ne laisse plus le 21 juin qu'un sinus émoussé avec petite image elliptique sus-jacente.

Mais en revanche les taches parenchymateuses du poumon droit se sont nettement accentuées.

Aucun retour offensif de la pleurésie droite ne se manifeste par la suite. L'hydropneumothorax gauche poursuit son évolution torpide, son liquide se stabilise et au moment où le malade quitte le sanatorium le 21 octobre 1925 on note du côté gauche un certain degré de réexpansion pulmonaire.

A noter pour terminer que vers la fin de son séjour au sanatorium, le malade vit apparaître une hydarthrose chronique du genou droit, de nature probablement bacillaire et qu'il finit par succomber dans le courant de 1928.

OBSERVATION XXIV (inédite)

(Davrinche, Sanatorium de Yerres).

V. M..., 36 ans. Entre à Yerres le 16 août 1928 porteur d'un hydropneumothorax gauche avec liquide remontant jusqu'à trois travers de doigt sous la clavicule.

Le 19 septembre 1928 le malade ressent brusquement un violent point de côté dans l'hypochondre droit. La température s'élève immédiatement à 38°9. Elle atteint 40°1 le lendemain. L'examen du malade ne révèle aucune localisation abdominale. La percussion et l'auscultation sont également muettes quant à l'existence de signes thoraciques.

Seul l'examen radioscopique fait apparaître une diminution des incursions diaphragmatiques droites.

Le tableau symptomatique est avant tout dominé par une douleur diaphragmatique extrêmement violente, par de la fièvre et par une tendance au collapsus cardiaque avec dyspnée et cyanose. Le pouls est irrégulier.

Pendant les jours qui suivirent le sinus d'abord émoussé se trouva ensuite surmonté par une image liquidienne peu importante.

Après administration de tonicardiaques et oxygénothérapie intensive, la situation du malade commence à s'améliorer dès les premiers jours d'octobre.

La défervescence thermique s'amorça alors et devint complète à la fin du même mois.

Ces incidents n'eurent pas d'autre suite. Le malade put faire au sanatorium une cure favorable, n'ayant conservé de ses accidents pleuraux qu'un foyer de frottements peu étendu à la base droite, ainsi que l'oblitération du sinus, avec diminution notable de l'amplitude des incursions diaphragmatiques droites.

OBSERVATION XXV (inédite)

(Piéchaud de Bordeaux).

Mme R. S..., 20 ans, est atteinte de tuberculose pulmonaire du type : lobite supérieure droite, évolutive et infectante, forme hyperthermique.

Un pneumo est créé au mois de mars 1928, qui pendant 6 mois donne toute satisfaction.

Au mois d'octobre phénomènes fébriles qui font craindre

pour la conservation de son pneumothorax. On pratique une réinsufflation mais après absorption de 300 cmc. la malade se plaint d'étouffer et finit par tomber en syncope.

L'opération ayant été arrêtée la malade se remet rapidement. Deux jours après on trouve tout l'hémithorax gauche submat et à l'auscultation alors qu'à droite, côté pneumo, on entendait encore la respiration, à gauche il était impossible de ne pas porter le diagnostic d'épanchement pleural.

On soustrait 400 cmc. d'air à droite qui permirent à la malade dyspnéique jusque-là, de trouver quelque soulagement. Par la suite, nous apprîmes qu'au bout de six semaines, l'épanchement enfin résorbé, Mme R. S. put reprendre ses séances de réinsufflation qui lui permirent de continuer un traitement qui a donné jusqu'à ce jour le plus heureux résultat.

OBSERVATION XXVI (inédite)

(Hinault de Paris).

Mlle A. R..., 19 ans.

28 mars 1929. — Pleurésie gauche avec tous les signes classiques.

Température 38°-39°, mais gros bruits humides dans le 1/3 supérieur du poumon gauche. B. K. : +++.

Pneumo-gauche créé le 5 avril : décollement des 2/3 inférieurs, adhérence au 1/3 supérieur. Grosse cavité, béante, incompressible. Chute de la température, reprise de l'état général.

En juillet hémoptysies abondantes avec fièvre. Température 38°8. Repos au lit : un mois.

En août : pleurésie droite : liquide séro-fibrineux, disparaissant assez rapidement. La base droite reste grise. L'hémidiaphragme a presque repris son amplitude normale. Aucun bruit surajouté mais une radio dénote une infiltration de la base droite. Actuellement état général médiocre. Rares B. K. dans l'expectoration. La malade est apyrétique et continue son traitement à la montage. Pronostic sombre.

OBSERVATION XXVII (inédite)

(Professeur Leuret et Secousse, de Bordeaux.)

J. Gov..., 42 ans.

Entré au sanatorium des Pins à Lamotte-Beuvron au mois de juin 1925 pour tuberculose pulmonaire évolutive du côté droit, compliquée de laryngite en activité.

Un pneumothorax institué en 1925 donne un résultat parfait, tant au point de vue pulmonaire que laryngé.

Il quitte le sanatorium pour s'installer dans les Landes. A partir de novembre 1925 il est suivi par le Professeur Leuret qui continue les insufflations régulièrement et sans incident.

Il est pris en traitement par le Dr Secousse le 1er septembre 1927.

Une radio faite le 16 novembre 1927 montre :

A droite, bonne rétraction de tout le moignon, sauf la base, adhérente au diaphragme. Masse très sombre, rétractée vers le hile ; pas de liquide.

Côté gauche homogène, mais hile un peu chargé.

Le poids qui avait régulièrement augmenté pour atteindre 55 kgr. 350 le 23 janvier 1928, fléchit ensuite.

Au mois de mai suivant, le malade a un peu de fièvre, on entend quelques râles à gauche.

Le poids diminue jusqu'à 51 kgr. le 16 juillet 1928, puis remonte.

Le 7 novembre, on note aux rayons X :

Bonne compression, pas de liquide, mais on voit une bande sombre partant du hile gauche et gagnant horizontalement la paroi thoracique gauche.

Le poids atteint 52 kgr. 300, puis fléchit à nouveau.

Le 25 mars 1929 on note des râles parenchymateux du côté gauche.

Le 8 avril le malade se sentant très dyspnéique vient consulter à Bordeaux. Après avoir monté deux étages il arrive complètement anhélant, le nez et les extrémités cyanotiques. Il présente un très volumineux épanchement pleural gauche, c'est-à-dire du côté opposé au pneumo.

Ne voulant pas faire une ponction évacuatrice du liquide pour permettre au malade de repartir immédiatement, on se borne à enlever 900 cmc. d'air du côté du pneumo, le malade est considérablement soulagé.

Revenu chez lui, on pratique une ponction évacuatrice.

Le 15 mai 1929 l'épanchement pleural a complètement disparu. Du côté du pneumo on entend la respiration, sauf au sommet.

A gauche on entend des râles très nettement perceptibles et des frottements.

Examen radioscopique : compression du sommet droit, le reste du poumon ayant pris de l'expansion.

Grisaille du sommet gauche et surtout de la zone juxta-hilaire.

Il y a indication à tenter un pneumo gauche.

Le 23 mai, malgré des adhérences causées par l'épanchement pleural, le pneumo gauche est créé dans la ligne axillaire postérieure. Il est partiel, mais efficace.

Le 8 juillet 1929, 7e insufflation gauche — 2,300 + 16.

R. X. : Bonne poche à la base gauche, avec adhérence du haut du poumon qui est très sombre.

Côté droit stationnaire.

Jusqu'au 4 octobre, les insufflations sont continuées tous les 15 jours environ, elles sont de 250 à 400 cmc.

Le 4 octobre, le malade présente un hydro-pneumothorax gauche, le liquide noyant le diaphragme. L'état général, après une période d'amélioration fléchit à nouveau. Poids : 47 kgr. 900.

Le 28 octobre, 14e insufflation à gauche, 100 cmc. seulement.

L'état général s'aggrave, le malade est intransportable.

On apprend son décès peu de temps après.

OBSERVATION XXVIII (Inédite).

(D'Hour de Lille).

Mlle D... 19 ans.

Vue en juillet 1919 pour une tuberculose étendue aux 3/4 supérieurs de l'hémithorax gauche avec expectoration très fortement positive. Etat général bon.

Pneumo créé et entretenu sans incidents pendant deux mois.

Au début de septembre début d'opacification hilaire parenchymateuse du côté opposé.

On diminue la pression intrapleurale gauche, cependant progression de signes radiologiques droits.

Le 1er novembre douleur assez violente à la base droite et poussée thermique à 39° pendant 3 jours.

Le 2 novembre, signes d'épanchement de la base droite.

Le 4 novembre à la radio, courbe de Damoiseau droite.

Disparition progressive de l'épanchement sans qu'une ponction ait été nécessaire.

Malgré tous ces incidents le poids de la malade n'a fait qu'augmenter.

OBSERVATION XXIX (Inédite).

(Hinault de Paris).

D... 23 ans.

Début de la maladie : juillet 1927. Toux, expectoration positive, fièvre.

Entré au sanatorium de Bligny le 10 janvier 1928. Tuberculose ulcéro-caséeuse du 1/3 moyen droit. Intégrité du poumon gauche.

Pneumo droit créé le 20 mars 1928. Aucun incident.

Le 29 juin 1928, élévation de la température, point de côté gauche, pleurésie gauche, avec ponction exploratrice positive.

Régression rapide des signes cliniques et radiologiques.

Le 18 décembre, revu aux R. X. Poumon droit bien comprimé, adhérence supérieure, lobe inférieur peu collabé.

Sommet gauche, petite zone grise suspecte.

Le 14 mars au sommet gauche, spélonque nette avec réaction parahilaire et signes stéthacoustiques accentués.

On essaye vainement d'instituer un pneumo gauche.

L'état général fléchit et le pronostic est sombre.

OBSERVATION XXX (Inédite).

(Bernou de Châteaubriant).

M.. 15 ans.

Tuberculose lobaire supérieure gauche améliorée d'abord par le repos, puis aggravation avec ulcération qui nécessite un pneumo. Celui-ci est réalisé le 11 octobre 1929. Presque tout le poumon se décolle sauf l'apex qui reste symphysé.

Amélioration sensible par la suite ; chute de la température, reprise de poids. Le malade quitte l'hôpital de Châteaubriant au début de novembre.

15 novembre : le malade fait à nouveau un peu de température. On constate à l'écran l'apparition de quelques gouttes de liquide dans le cul-de-sac gauche et des deux scissures droits. En position de Fleischner la grande scissure apparaît en triple image.

Etat stationnaire avec température subfébrile jusque vers le 10 décembre. La température s'élève rapidement à 39°. Le malade n'est revu que le 16 décembre. On constate la formation d'une grosse pleurésie droite. Ponction immédiate de 1000 cmc. à droite. A gauche on ne peut retirer que 300 cmc. de liquide séro-fibrineux. Le malade est immédiatement soulagé. La dyspnée est moins vive le pouls moins rapide.

Le malade est reconduit à son domicile dans la Mayenne et n'est pas reponctionné par le médecin traitant.

Le 22 décembre, décès après retour des symptômes de

dyspnée, tachycardie, semblables à ceux qui avaient été constatés six jours avant. Il est très probable que la reformation rapide du liquide non ponctionné a entraîné la mort.

OBSERVATION XXXI (Inédite).

(De Lignerolles et Leduc, sanatorium d'Oissel.).

Mme D. A... 23 ans, dactylo.

En traitement à l'Hôtel-Dieu d'Amiens du 5 août 1926 au 30 juin 1927 pour tuberculose ulcéro-caséeuse du poumon droit. Signes physiques accentués, température fébrile, expectoration bacillifère, amaigrissement, asthénie.

Pneumo droit institué le 20 novembre 1926. Insufflation de 1.000 cmc.

Du 30 novembre au 31 décembre, 3 insufflations de 900, 1200, 1100 cmc.

Le 12 janvier 1927, apparition d'une pleurésie controlatérale gauche avec signes cliniques très nets et température fébrile.

Le 8 février, ponction de 550 cmc. de liquide hémorragique.

Amélioration progressive avec disparition totale du liquide.

Le 9 mai réinsufflation à droite de 900 cmc. et le 22 juin de 350 cmc. injectés avec peine.

Entrée au Sanatorium d'Oissel le 6 juillet 1927 elle présente une tuberculose évolutive du poumon droit avec intégrité clinique et radiologique du poumon gauche.

Une symphyse totale à droite empêche la continuation du pneumo.

Elle sort le 18 avril 1928 avec un état général amélioré et des lésions pulmonaires stabilisées.

On apprend son décès un an après.

OBSERVATION XXXII

(De Lignerolles et Leduc, *Bulletin de la Société des médecins des Sanatoriums et des Dispensaires.*

T... A. 35 ans, voyageur de commerce, est entré au Sanatorium d'Oissel le 25 novembre 1927 pour tuberculose pulmonaire évolutive du poumon droit.

Interrogé sur le début de sa maladie, il raconte qu'en septembre 1926, après une grosse fatigue, il a ressenti un point de côté à droite persistant malgré le repos. De plus il a maigri de quelques livres et toussait de temps à autre, toux accompagnée d'une expectoration minime. L'appétit était défectueux et malgré un repos de 3 mois une asthénie considérable persistait. Néanmoins il reprit son travail et ce n'est qu'au bout de quelques mois qu'il consentit à s'arrêter de nouveau devant l'aggravation de sa maladie. Dans ses antécédents personnels on ne peut relever aucune maladie importante. Il a cependant été réformé pendant la guerre pour faiblesse générale.

Il se présente à notre examen le 26 novembre 1927.

C'est un homme grand, 1 m. 76, un peu amaigri, 68 kgr. 200.

La percussion thoracique montre de la submatité au sommet droit ; l'auscultation ne fait percevoir qu'une inspira-

tion rude en avant, soufflante en arrière au sommet droit, avec quelques râles fins augmentant après la toux.

A gauche, l'auscultation est normale.

L'expectoration, muco-purulente, peu abondante, contient 1 à 2 bacilles par champ.

La température est normale à 37° le soir. L'examen général ne montre rien d'anormal.

Examen R. X. : sommet droit grisaille, s'éclairant à peine à la toux. Tache floue sous la clavicule droite de la dimension d'une pièce de 1 franc. Ombres hilaires anormalement développées, avec pinceaux hilaires se dirigeant vers le diaphragme, festonné à l'inspiration forcée. A gauche, ombres hilaires subnormales.

Le malade suit régulièrement la cure hygiéno-diététique, sans incidents notables pendant 3 mois. L'asthénie a presque complètement disparu, cependant le poids n'a pas augmenté. Les signes cliniques ne s'amendent pas ; l'expectoration purulente augmente, elle est plus fortement bacillifère (4 à 5 bacilles par champ).

En mars 1928, on assiste à une chute de la courbe pondérale et à une augmentation de la température qui devient nettement subfébrile le soir. Les signes cliniques s'accentuent considérablement ; des râles humides apparaissent sous la clavicule droite, en même temps que la respiration devient soufflante.

Le 31 mars la radioscopie montre une spélonque à bords peu nets sous la partie externe de la clavicule droite, des pommelures sus et sous-jacentes, des ombres hilaires très accentuées, un diaphragme festonné. A gauche rien d'anormal.

Une radiographie pratiquée en mai montre: à droite, pommelures assez accentuées occupant les 2/3 supérieurs du poumon droit ; spélonque sous-claviculaire, région externe, de la grosseur et de la forme d'un œuf de poule avec liquide de déchet. Grosses ombres hilaires. A gauche, sommet et plage claire ; ombres hilaires assez marquées avec quelques calcifications.

Devant l'augmentation régulière de la température vespérale, la chute du poids au-dessous de 66 kgr., l'altération rapide de l'état général, l'accentuation considérable des signes cliniques du côté droit avec intégrité clinique et radiologique du côté opposé, nous décidons de tenter un pneumothorax artificiel du côté droit.

30 mai 1928. 1re insufflation à l'aiguille de Küss, sans anesthésie, de 300 d'oxygène, 450 d'air. P.-T. — 6. — 0.

Le malade supporte très bien cette 1re insufflation.

R. X. Décollement partant du 1/4 externe du diaphragme et montant jusqu'à la clavicule.

1er juin. 2e insufflation — 8 — 2. Air 700. — 4 + 3.

R. X. le décollement s'accentue.

5 juin. 3e insufflation — 8 — 0. Air 600. — 4 + 4.

R. X. le décollement s'accentue encore, gagnant le sommet.

8 juin. 4e insufflation — 8 — 0. Air 600. — 4 + 5.

La température vespérale ne dépasse pas 37°.

11 juin. 5e insufflation — 7 — 0. Air 600. — 2 + 6.

15 juin. 6e insufflation — 8 + 2. Air 400. — 0 + 6.

La compression est très bonne ; le malade n'a plus qu'un ou deux crachats muco-purulents le matin. La température est normale, l'état général est meilleur.

21 juin. 7e insufflation — 5 + 3. Air 500. — 2 + 5.

29 juin. 8e insufflation — 7 + 1. Air 450. — 2 + 5.

L'état du malade continue d'être excellent jusqu'au 3 juillet, date où apparaît un léger état dyspnéique. La température monte peu à peu jusqu'à atteindre 38°4 le 6 juillet. Un point de côté est ressenti à gauche.

Le 9 nous constatons une légère matité à la base gauche et un peu d'obscurité respiratoire.

Aux R. X. la base et le sinus sont obscurs. Les mouvements diaphragmatiques ne sont plus perceptibles.

Nous nous trouvons en présence d'un épanchement pleurétique au début à gauche.

Cependant le poumon droit se décomprime, aussi le 13 juillet, 9e insufflation — 8 + 1. Air 200. — 6 + 2.

L'épanchement a nettement augmenté à gauche, malgré une révulsion énergique.

Les signes cliniques s'accentuent en même temps que les signes fonctionnels, la dyspnée est très marquée, les nuits sont très mauvaises, le malade dort à peine une ou deux heures. Le pouls s'accélère; il est, au repos absolu, entre 112 et 120.

La température vespérale se maintient entre 38°2 et 38°6.

23 juillet. L'épanchement a encore augmenté. Nous nous trouvons en présence d'un tableau clinique et radioscopique complet d'une pleurésie gauche.

A la percussion : matité avec suppression de l'aire de Traube. Skodisme sous-claviculaire.

A la palpation : abolition des vibrations vocales, déplacement des battements du cœur vers la droite.

A l'auscultation : souffle pleurétique, abolition du murmure vésiculaire, œgophonie, pectoriloquie aphone.

Les R. X. nous montrent une opacité de la région inondée avec courbe de Damoiseau typique.

Le poumon droit est décomprimé et nous notons l'apparition d'un peu de liquide dans le sinus droit.

En présence de tous ces signes, nous décidons une ponction évacuatrice de la pleurésie gauche et avec le trocart moyen de Potain nous retirons 1.000 cmc. de liquide citrin. Cette ponction est fort bien supportée par le malade qui est immédiatement soulagé.

24 juillet. 10e insufflation — 7 — 2. Air 300. — 6 — 0.

Aux R. X., l'épanchement gauche a très nettement diminué. Il persiste encore un peu de liquide dans le sinus droit.

La nuit a été bonne, la dyspnée est moindre, le pouls est à 100.

27 juillet. 11e insufflation — 9 — 0. Air 300. — 6 + 4.

R. X. : le liquide a disparu dans le sinus droit. A gauche la résorption s'accentue.

La température baisse régulièrement mais le poids s'en est ressenti ; il est tombé à 60 kgr., soit un amaigrissement de 3 kgr. en un mois.

1er août, 12e insufflation — 7 —. Air 400. — 4 + 3.

R. X. : le collapsus est de nouveau très bon à droite. La base gauche s'éclaircit à chaque nouvel examen.

6 août. 13e insufflation — 10 — 0. Air 400. — 10 + 2.

Au R. X. on ne note plus à gauche qu'une légère grisaille qui ira désormais en s'atténuant.

Le malade mange beaucoup mieux, l'état général remonte, la température et le pouls sont normaux.

11 août. 14e insufflation — 8 — 1. Air 400. — 5 + 2.

16 août. 15e insufflation — 7 — 0. Air 400. — 6 + 3.

21 août. 16e insufflation — 8 — 1. Air 400. — 6 + 3.

Le 22 août le poids est à 62 kgr. 500, soit une augmentation de 2 kgr. 500 en un mois.

27 août. 17e insufflation — 8 — 0. Air 400. — 6 + 2.

3 septembre. 18e insufflation — 9 — 0. Air. 300 — 4 + 1.

Le 6 septembre le poids est de 63 kgr. 500.

11 septembre. 19e insufflation — 12 — 2. Air. 500 — 8 + 1.

19 septembre. 20e insufflation — 8 — 0. Air 250. — 6 + 3.

R. X : réapparition d'un peu de liquide dans le sinus droit.

A cette date le poids est de 65 kgr. 400.

28 septembre. 21e insufflation — 10 — 1. Air 500. — 6 + 2.

Une radiographie permet de se rendre compte du degré exact de compression et de l'état très satisfaisant du poumon gauche.

8 octobre. 22e insufflation — 10 — 1. Air 300. — 8 + 1.

Le 3 octobre le poids est de 67 kgr., soit une augmentation de 5 kgr. en 10 semaines.

Depuis le malade continue à faire des progrès : augmentation de 11 kgr. depuis la ponction de l'épanchement pleurétique gauche. Poids 71 kgr. le 14 décembre 1928. Température toujours normale 36°8-37°2, maximum 37°4. Etat général et pulmonaire très satisfaisant. Le pneumo droit est continué régulièrement. Pronostic excellent.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES

Fréquence. — Signalons tout d'abord la rareté de cette complication. Le chiffre de 1 % nous paraît même peut-être un peu fort, étant donné qu'un certain nombre d'auteurs qui pratiquent le pneumothorax depuis des années n'ont pas eu l'occasion d'observer de pleurésie contro-latérale.

Sexe. — Sur les 32 observations que nous avons relatées nous trouvons 11 femmes et 21 hommes, soit 35 % de femmes.

Age. — C'est chez l'adulte qu'on l'observe entre 15 et 43 ans.

Côté. — La pleurésie contro-latérale semble être plus fréquente à gauche. Nous trouvons en effet une proportion de 20 pneumos droits contre 12 gauches.

Elle survient ainsi bien au cours du traitement par le pneumothorax que par la thoracoplastie.

Causes déterminant la création du pneumo. — Les lésions du poumon qui nécessitent la création

du pneumo sont assez variées. Dans la majorité des cas il s'agit de tuberculose ulcéro-caséeuses ou fibro-caséeuses, quelquefois bronchopneumoniques, en général unilatérales cliniquement et radiologiquement.

Etat de la plèvre du côté insufflé au moment de l'apparition de la pleurésie contro-latérale. — La pleurésie a été précédée par un hydro-pneumothorax dans 12 cas.

La pleurésie a été le premier incident d'un pneumo jusque-là bien toléré dans 19 cas.

Date d'apparition de la pleurésie contro-latérale après le début du pneumo.

Dans le mois : 3.

Dans le trimestre : 13.

Dans le semestre : 9.

Dans l'année : 5.

Dans les années qui suivent : 1.

Dans la grande majorité des cas elle apparaît dans les six mois qui suivent la création du pneumothorax artificiel (78 %).

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Dans la forme commune, on peut distinguer schématiquement 3 phases :

Une phase de début, qui dure une semaine.

Une phase d'état, qui dure trois semaines.

Une phase de défervescence qui dure environ trois semaines.

Ces 3 phases peuvent du reste voir leur durée augmenter ou au contraire diminuer.

1° *Phase de début.* — Le malade ressent en général un point de côté intense du côté sain. La respiration s'accélère à 30 ou 40 à la minute, quelquefois davantage ; on note de la cyanose des lèvres, la température s'élève à 38°5-39° et le pouls s'accélère parallèlement.

La toux augmente, devient plus sèche, quinteuse. L'expectoration change quelquefois de caractère, elle devient plus mousseuse.

Le malade est las, prostré ; il se plaint de céphalée, de courbatures.

L'appétit est diminué, il y a quelquefois des nausées.

Un examen complet attire l'attention sur la base

opposée au pneumo : on constate de la matité ou de la submatité, de l'obscurité respiratoire, des froissements pleuraux, mais surtout la palpation montre une diminution très nette des vibrations.

On s'oriente ainsi vers le diagnostic de pleurésie et le contraste est assez frappant entre l'intensité des symptômes fonctionnels et le peu d'intensité des signes physiques.

Pour affirmer le diagnostic on pratiquera, si possible, un examen radioscopique. Le poumon est en général bien collabé, avec ou sans réaction liquidienne. Du côté opposé on constate une ombre peu étendue à la base de l'hémithorax, quelquefois un sinus flou. Les mouvements du diaphragme sont diminués ou suspendus.

2° *Phase d'état.* — Les signes généraux sont beaucoup plus accentués. La dyspnée est très marquée, la cyanose plus intense. La toux augmente encore. La température se maintient en plateau aux environs de 39°. Le pouls suit fidèlement la température, l'insomnie est fréquente.

A ce moment les signes cliniques sont très nets : on se trouve en présence du tableau complet d'une pleurésie de moyenne abondance.

La matité remonte plus ou moins haut, les vibrations sont complètement abolies.

A l'auscultation on ne perçoit plus le murmure vésiculaire. On note de l'œgophonie, de la pectoriloquie aphone.

Aux rayons X c'est l'image classique connue sous le nom de courbe de Damoiseau.

L'image est assez particulière, du fait de l'hyperclarté du pneumothorax, avec le poumon collabé plaqué contre le médiastin, et de l'obscurité de la base opposée.

S'il y a pleurésie du côté du pneumo-thorax, les deux épanchements sont tout à fait dissemblables : d'un côté c'est l'image classique de la bouteille d'encre avec un niveau demeurant horizontal quelle que soit l'inclinaison donnée au malade, de l'autre la courbe de Damoiseau, immobile, à croissant axillaire.

Si l'état du malade ne permet pas de le transporter devant l'écran, une ponction exploratrice est indispensable. Elle permet de retirer en général un liquide citrin, quelquefois hémorragique.

3° Phase de défervescence.

L'évolution se fait vers la guérison, soit spontanée, soit aidée par la thérapeutique. Ce sera presque toujours la ponction, rendue nécessaire par l'augmentation rapide du liquide, associée ou non à une décompression du côté du pneumo ou vers la bilatéralisation progressive, comportant un pronostic très sombre.

FORMES CLINIQUES

On peut observer :

a) Une forme aiguë ou asphyxique, à grand fracas, avec température élevée, cyanose, point de côté violent, augmentation très rapide de l'épanchement, qu'on voit surtout dans les pleurésies gauches, et qui peut coïncider avec un hydropneumothorax.

b) Une forme larvée ou bénigne.

c) Une forme insidieuse, avec sensation de lassitude, perte de l'appétit, température irrégulière, vagues douleurs thoraciques.

Cystologie et anatomie pathologique.

Aspect. — Le plus souvent, le liquide retiré par ponction a l'aspect séro-fibrineux habituel aux pleurésies banales. Dans quelques cas il a été hémorragique.

Cytologie. — Dans tous les cas où l'examen cytologique a été pratiqué on a noté une lymphocytose marquée (90 à 95 %).

Bactériologie. — L'examen bactériologique direct s'est montré négatif : on n'a pu déceler de microbes

dans le liquide d'épanchement. Les cultures sont restées stériles.

Inoculation au cobaye. — Dans l'observation XIII, alors que le liquide de l'hydropneumothorax a tuberculisé le cobaye, le liquide pleurétique n'a donné aucun résultat.

Cependant Pisoni a eu une inoculation positive, de même qu'Andrew Peters (observation XXII).

Anatomie pathologique. — Une seule autopsie a été pratiquée, celle de la malade décédée subitement par inhibition pleurale (observation VI).

Elle a mis en évidence sur la plèvre viscérale du côté opposé au pneumo des granulations grisâtres, ardoisées, disposées en corymbe, au niveau du sommet et des lobes supérieur et moyen, granulations tuberculeuses certaines, d'ailleurs cliniquement et radiologiquement non décelées.

L'examen du parenchyme pulmonaire sous-jacent n'a permis d'y déceler rien d'anormal.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION, COMPLICATIONS, PRONOSTIC

La pleurésie contro-latérale, disent de Reynier et Rossel, est une affection grave, non nécessairement fatale. Malgré l'existence de signes fonctionnels alarmants, elle présente une tendance manifeste à la résorption spontanée et n'a pas de gravité immédiate.

Sur les 32 observations que nous avons rapportées, nous avons connaissance de 13 décès et de 4 pronostics sombres, soit 17 cas défavorables (56 %).

L'analyse de ces 13 décès nous montre :

7 décès dus à une bilatéralisation plus ou moins rapide que le pneumothorax bilatéral a été impuissant à enrayer (2 cas).

2 décès par méningite.

1 mort subite par inhibition pleurale.

1 décès par perforation pulmonaire.

1 décès de cause inconnue.

1 décès après retour de la dyspnée et de la tachycardie, décès entraîné très probablement par le liquide rapidement reformé et non ponctionné.

Complications. — On peut trouver : *du côté de la*

pleurésie, outre l'évolution tuberculeuse du parenchyme pulmonaire :

La rétraction du thorax.

La formation d'adhérences rendant impossible la création d'un pneumothorax bilatéral.

Du côté du pneumothorax, l'apparition d'un hydropneumothorax consécutif à la pleurésie (37 %).

La formation d'adhérences par interruption du pneumo.

Enfin des complications telles que la méningite ou la péricardite qui entraînent rapidement la mort.

Pronostic. — Le pronostic immédiat est sérieux, non pas nécessairement fatal.

Mais le pronostic éloigné est infiniment plus sombre.

En nous basant sur les chiffres, nous trouvons 56 % de cas défavorables, avec une mortalité de 40 %. En outre, nous ne connaissons pas l'évolution d'un certain nombre de cas et dans la majorité des observations le recul est insuffisant.

Nous insistons donc sur la gravité du pronostic, qui pourrait, peut-être, être amélioré par la création précoce d'un second pneumothorax.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Il est bien évident que chez un malade porteur d'un pneumothorax qui présente soudainement de la température, de la dyspnée, on ne pensera pas de prime abord à une affection pleurale du côté opposé.

Tout naturellement on croira à un épanchement du côté du pneumo ; si cet épanchement existe déjà, à une surpression pleurale. Pour être fixé immédiatement, il suffira de vérifier au manomètre la pression intrapleurale.

C'est également le manomètre qui permettra d'éliminer la perforation pulmonaire, la pression dans ce cas restant toujours autour de 0.

Le côté collabé étant mis hors de cause, à quoi pourra-t-on penser du côté opposé ?

Le pneumothorax spontané sera éliminé ; la dyspnée est plus intense, les signes physiques très différents.

L'évolution tuberculeuse du côté opposé pourra prêter à confusion : mais la dyspnée est très peu marquée et les signes stéthacoustiques ne se ressemblent pas.

Enfin il faudra éliminer une poussée de broncho-alvéolite, assez fréquente au cours du pneumo et se traduisant par une bouffée de râles très fins à la base opposée. Pour Dumarest, ils dénotent un peu d'atélectasie de la base et disparaissent lorsqu'on diminue la pression du pneumo.

De toutes façons, la radio aura une importance capitale ; elle permettra seule de confirmer précocement le diagnostic.

CHAPITRE V

PATHOGENIE

La pathogénie a été très bien étudiée par Roubier et nous discuterons successivement avec lui les points suivants :

a) La pleurésie contro-latérale est-elle une pleurésie tuberculeuse ?

b) Quel est le mode d'inoculation de la plèvre ?

c) Quel est le rôle du pneumothorax dans son apparition ?

A. *La pleurésie contro-latérale est-elle une pleurésie tuberculeuse ?*

Nous répondrons par l'affirmative. Les signes fonctionnels sont ceux de la pleurésie tuberculeuse habituelle, mais plus intenses en raison du pneumothorax opposé. D'autre part, l'examen cytologique du liquide d'épanchement a montré une grande prédominance des lymphocytes.

L'inoculation du liquide au cobaye a donné un résultat positif à Pisoni et à Andrew Peters ; dans l'observation de Roubier, il est vrai, cette inoculation est restée négative, mais cette constatation ne permet pas de conclure à l'origine non tuberculeuse

de l'épanchement, car on sait que le liquide de la pleurésie tuberculeuse ordinaire est souvent peu virulent et ne tuberculise pas toujours le cobaye.

Enfin, à l'autopsie de la malade de Bezançon et Azoulay, morte subitement au cours d'une ponction pleurale, on a constaté sur la plèvre viscérale des granulations tuberculeuses, le parenchyme sous-jacent étant intact.

B. *Quel est le mode d'inoculation de la plèvre ?*

Pour certains auteurs l'inoculation de l'infection se ferait d'une plèvre à l'autre par *voie directe*. La plèvre du côté insufflé, distendue et irritée par l'insufflation, pourrait entrer en contact étroit avec la plèvre opposée au niveau des culs-de sac ou grâce au tissu cellulaire du médiastin. C'est ce que Russo a nommé la « contamination de voisinage au niveau de la région médiastine ». L'infection pourrait également être propagée par les nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques qui parcourent plèvres et poumons des 2 côtés et les réunissent.

Cette conception qui peut être admissible dans quelques cas, devient très discutable lorsque, au moment de l'apparition de la pleurésie contro-latérale, la plèvre du côté insufflé ne présente aucun signe manifeste d'altération ou d'inflammation. Aussi faut-il voir habituellement dans cette pleurésie contro-latérale une localisation nouvelle de l'infection tuberculeuse, mais on peut différer d'opinion

sur le rôle qu'il convient d'attribuer au pneumothorax dans son apparition.

C. *Quel est le rôle du pneumothorax dans son apparition ?*

Deux conceptions sont en présence :

a) Pour les uns (de Reynier et Rossel, Beggiato, Verdura, Bezançon), la pleurésie contro-latérale est tout à fait indépendante du pneumothorax. Elle surviendrait au cours de ce dernier, sans avoir été causée par lui ; elle serait ainsi une complication, non pas du pneumothorax, mais de la tuberculose, la manifestation d'une nouvelle localisation bacillaire qui se produit sur la plèvre opposée, tout comme sur les méninges chez d'autres sujets. On n'aurait jamais mis en évidence, suivant ces auteurs, de corrélation exacte entre le pneumothorax et la pleurésie controlatérale.

b) Pour d'autres au contraire (Campani, Capriani; Russo, Roubier) la pleurésie contro-latérale est bien sous la dépendance du pneumothorax, qui agirait par une influence mécanique, traumatique en quelque sorte. En effet le pneumothorax comprime l'autre poumon par l'intermédiaire du médiastin et exerce ainsi une action mécanique sur ce deuxième poumon ; ce traumatisme indirect peut créer, au niveau de la plèvre opposée, un point d'appel pour une nouvelle localisation tuberculeuse.

Mais alors, objectera-t-on, pourquoi la plèvre opposée réagit-elle si peu souvent au cours du

pneumothorax ? Sans doute la pleurésie contro-latérale avec épanchement est rare, mais les réactions pleuro-corticales du côté sain sont fréquentes. Elles se traduisent cliniquement par un point de côté contro-latéral, au niveau duquel on perçoit, à l'auscultation, un foyer de petits râles fins superficiels et cela particulièrement dans la région de la base ou des scissures. Burnand admet que la plèvre opposée peut réagir à une inflammation pleurale du côté insufflé par « réaction sympathique ».

Campani étudiant le syndrome douloureux pleuro-pulmonaire opposé au cours du pneumothorax, l'attribue à une congestion vasomotrice d'origine sympathique. L'hypothèse de petites embolies bronchiques, parties du poumon collabé pour aller coloniser dans les parties superficielles du poumon opposé est une hypothèse séduisante mais non démontrée.

Vraisemblablement ces poussées congestives contro-latérales s'expliquent par le réveil de petites lésions bacillaires latentes, réveil occasionné par l'hyperfonctionnement du poumon opposé comme aussi par le traumatisme qu'il supporte du fait du déplacement du médiastin.

Or, entre ces foyers de cortico-pleurite et la pleurésie exsudative, il n'y a qu'une différence de degré et l'on retrouve assez fréquemment des signes de cortico-pleurite congestive (foyer de râles crépitants superficiels) qui, au lieu de se terminer par la résorption plus ou moins rapide, se complique,

au bout d'un temps variable, d'une exsudation liquidienne intra-pleurale.

La pleurésie contro-latérale constitue donc une forme clinique particulière, assez rarement observée, de la réaction de l'appareil pleuro-pulmonaire opposé au cours de la collapsothérapie. Sous l'influence du pneumothorax et des conséquences mécaniques qu'il entraîne (déplacement du médiastin, tiraillement d'adhérence) le poumon opposé, qui est rarement indemne de lésions bacillaires, peut réagir, et cette réaction est variable comme gravité. Souvent elle reste bénigne et consiste en poussées congestives superficielles à type de cortico-pleurite ou de pleurésie sèche. En général, tout en reste là, mais que cette poussée congestive s'accompagne d'une exsudation liquidienne et le type clinique de la pleurésie contro-latérale avec épanchement se trouvera constitué.

Rôle des insufflations copieuses et des fortes pressions. — Les symptômes initiaux de la pleurésie contro-latérale apparaissent parfois le jour même ou le lendemain d'une insufflation. Certains auteurs ont attribué cette pleurésie aux insufflations trop brusques ou trop copieuses qui, selon Küss, sont dangereuses pour le poumon opposé où elles provoquent des poussées congestives. P. Courmont attache également de l'importance aux pressions trop élevées. Mais, alors que Capriani a observé une pleurésie contro-latérale chez deux malades traités par de fortes pressions (+ 22, + 25) Chabau

fait remarquer que des réactions contro-latérales peuvent survenir même en dehors de l'usage de ces pressions. Dans la plupart des observations rapportées, la pression pleurale était basse.

Si donc on peut admettre que les fortes pressions jouent parfois un rôle dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe, elles n'en sont pas toujours la cause provocatrice.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

La pleurésie contro-latérale étant une pleurésie tuberculeuse et présentant par conséquent une tendance à la résorption spontanée, on évitera toute intervention qui ne serait pas nettement indiquée.

A la période de début, le malade étant mis au repos complet, on essaiera de favoriser la résorption par de la révulsion : cataplasmes sinapisés, ventouses sèches. On soutiendra l'état général et le cœur par des injections d'huile camphrée et l'administration *per os* de digitaline à petites doses. On pratiquera l'oxygénothérapie.

A la période d'état, si l'épanchement est peu abondant on continuera la révulsion, l'huile camphrée, l'oxygène, mais surtout on surveillera le pneumo. Si la dyspnée est marquée, on n'hésitera pas à décomprimer et à ramener la pression à — 5. On maintiendra cette pression par de petites insufflations espacées pour maintenir le décollement et éviter la symphyse.

Si l'épanchement est très abondant, à plus forte raison s'il siège à gauche, on pratiquera en même temps qu'une décompression, une ponction de la

pleurésie, ponction pratiquée lentement et renouvelée au bout de quelques jours si le liquide remonte.

S'il y a coexistence d'hydropneumothorax le malade sera soulagé par une double ponction.

Fishberg, de Reynier et Rossel ont pratiqué l'autosérothérapie et s'en sont montré satisfaits.

Enfin quelle que soit la pathogénie de la pleurésie contro-latérale que l'on admette, on se souviendra de l'axiome de Küss qu' « il ne faut pas dépasser la pression minima nécessaire et suffisante pour obtenir un bon collapsus ».

Mais tout ceci n'est qu'une thérapeutique symptomatique et il nous faut envisager le traitement en vue de l'avenir du poumon sous-jacent. Nous avons vu en effet que les résultats éloignés sont sévères et dès lors nous nous demandons, avec Hinault, s'il ne faut pas envisager la création d'un deuxième pneumothorax, à la faveur d'une ponction évacuatrice.

D'après les statistiques, dit Ameuille, tout sujet qui termine une pleurésie a 15 chances sur 100 de faire de la tuberculose parenchymateuse du poumon dans les années qui suivent. Mais dans le cas particulier, la question diffère quelque peu. Il s'agit déjà d'un tuberculeux pulmonaire. Le pneumothorax a arrêté la tuberculose pulmonaire mais n'a pas enrayé le processus tuberculeux puisqu'il s'est propagé à la plèvre opposée, et la menace pour le poumon est d'autant plus grande que la pleurésie ne représente qu'une étape de la progression des lésions tuberculeuses.

De plus la question posée en pareil cas demande une solution rapide, devant le danger d'une symphyse presque certaine, et la décision du pneumothorax ne saurait dès lors être différée bien longtemps si l'on ne veut pas se trouver désarmé dans l'éventualité d'une évolution parenchymateuse ultérieure.

Mais tous les arguments ne plaident pas en faveur du pneumothorax double. Car enfin il s'agit d'une menace d'envahissement pulmonaire, la collapsothérapie serait purement préventive et il faut se demander si on est en droit de faire courir le risque d'un pneumo bilatéral pour prévenir la possibilité d'une complication. D'autant plus que le deuxième pneumo sera d'emblée un hydro-pneumothorax avec les ennuis qu'il peut susciter. Et enfin, même par cette thérapeutique préventive nous ne sommes pas certains d'éviter l'évolution ultérieure dans le parenchyme.

Il sera sage de s'abstenir si radiographiquement il n'y a aucune atteinte parenchymateuse et prudent de bilatéraliser le pneumothorax quand l'atteinte pulmonaire est manifeste, à plus forte raison quand elle a devancé la pleurésie, atteinte dont le peu d'étendue ou l'allure torpide n'avait pas jusqu'alors imposé une seconde collapsothérapie.

Andrew Peters (Observation nº XXI), Leuret et Secousse (Observation nº XXVII) ont jusqu'ici essayé cette méthode mais dans les deux cas, très graves du reste, on a eu à enregistrer une terminaison fatale.

CONCLUSIONS

1° La pleurésie controlatérale constitue un incident rare au cours du pneumothorax artificiel.

2° Il s'agit certainement d'une nouvelle localisation de l'infection tuberculeuse.

3° Les symptômes en sont marqués et le diagnostic aisé, facilité par l'emploi systématique de la radioscopie.

4° Le pronostic immédiat est sérieux et non pas nécessairement fatal, mais le pronostic éloigné est sombre.

5° Le traitement consistera en décompression du côté du pneumothorax, et ponction de la pleurésie controlatérale, suivie ou non de réinsufflation gazeuse, permettant la création d'un pneumothorax d'attente.

Vu : le Président de la thèse,
BEZANÇON.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Als. — Un cas de pneumothorax droit compliqué de pleurésie gauche (Zeitschr. f. Tuberkul., 1920).

Banaudi. — Les râles sympathiques controlatéraux dans le pneumothorax (Il morgagni, 1926).

Basch. — Un cas de pleurésie sèche controlatérale au cours d'un pneumothorax spontané avec exsudat du côté malade (Deutsch. Medic. Wochen., avril 1923).

Bezançon, Braun et *Azoulay*. — Conduite à tenir en présence des épanchements du pneumothorax artificiel (La Médecine, juin 1926).

Brauer et *Spengler*. — Pleurésie controlatérale survenant au cours d'une thoracoplastie (Handb f. Tuberkul., 1919).

Burnand. — Comment se comporte le poumon opposé au cours du pneumothorax (Presse Méd., 10 sept. 1913).

Campani. — Syndrome douloureux pleuro-pulmonaire controlatéral au cours du pneumothorax (Tuberculosi, 1924, n° 12).

Capriani. — De la pathogénie des pleurésies controlatérales au cours du pneumothorax (Tuberculosi, 1925, n° 1).

Chabaud. — La bilatéralisation au cours du pneumothorax et sa thérapeutique. Th. Paris, 1925-1926.

Courmont (*P.*). — Traitement par le pneumothorax d'une tuberculose unilatérale très grave; premiers résultats excellents; pleurésie contro-latérale; méningite; mort; discussion pronostique (Journal de Méd. de Lyon, 2 oct. 1927).

Croizier. — Etat du poumon supposé sain dans la tuberculose cliniquement unilatérale (Journal de Méd. de Lyon, 5 janv. 1923).

Davidson. — Observations sur le développement de la tuberculose contro-latérale au cours du pneumothorax (Quaterly Journ. of Medecine, Oxford, 1925-1926).

Lignerolles (*De*). — Un cas de pleurésie contro-latérale (Journ. de méd. de Sanatorium, fév. 1929).

Duc. — Contribution à l'étude des pleurésies contro-latérales avec épanchement au cours du pneumothorax artificiel. Thèse Lyon, 1927-1928.

Dumarest et *Brette*. — La pratique du pneumothorax thérapeutique, 3e édition, 1928.

Fishberg. — Pneumothorax artificiel compliqué d'hydrothorax et de pleurésie avec épanchement du côté opposé (Americ. review of Tuberculosis, nov. 1920).

Hinault. — Les pleurésies contro-latérales au cours du pneumothorax (Revue de la Tuberculose, février 1929).

Huguet (*Mlle*). — Des épanchements contro-latéraux au cours du pneumothorax artificiel et après la thoracoplastie Th. Paris, 1926.

Küss. — Mode d'action du pneumothorax. Causes de succès et d'insuccès (Bull. de Médecine, 25 mars 1922).

Lorchi. — Sur la pleurite exsudative du côté opposé au pneumothorax (Tuberculosi, 1924, n° 8).

Matson (*R. C.*). — California state J. Med., August 1917.

Neuer. — Beitr. z. Klinik. d. Tuberk., 15 March 1922.

Pallasse et *Roubier*. — Les pleurésies séro-fibrineuses bilatérales (Rev de Méd., 1915).

Peters Andrew. — Pleurésies avec épanchement du côté opposé au pneumothorax (American review of Tuberc., janvier 1925).

Pisoni. — Sur la pleurite exsudative du côté opposé au pneumothorax (Tuberculosi, 1924, n° 11).

Pissavy. — Les pleurésies séro-fibrineuses du pneumo-artificiel. Thèse Paris, 1926.

Reynier (*De*) et *Rossel*. — Pleurésies exsudatives du côté sain chez deux malades traités par le pneumothorax (Rev. med. de la Suisse Romande, mars 1921).

Rolland. — Evolution des lésions dans le poumon collabé (Ann. de médecine, avril 1925).

Roubier. — Les pleurésies contro-latérales au cours du pneumothorax thérapeutique (Journal de Méd. de Lyon, 5 fév. 1928).

Russo. — Sur deux cas de pleurésie exsudative du côté sain au cours du traitement par le pneumothorax. Tuberculosi, 1924, n° 10.

Spengler. — Beit. z. Klin. d. Tuberk., 15 March 1922.

Stivelman. — Pneumothorax artificiel compliqué d'hydro-pneumothorax et de pleurésie du côté non traité (Americ. Journ. of the med Sciences, août 1921).

Susdorf. — Pneumothorax artificiel et pleurésie exsudative du côté opposé (Beit. z. Klinik. der Tuberk., nov. 1920).

Verdura. — Sur un cas de pleurésie du côté sain avec péricardite au cours du pneumothorax artificiel (Il Policlinico, 1924, n° 21).

Zemmin. — Un cas de pleurite exsudative du côté sain au cours du traitement par le pneumothorax (Beitr. zur Klinik der Tuberk., 1920).

827.— Imp. de la Faculté de Médec., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 4-30